Le Numéro : 15 CENTIMES — Numéro Supplémentaire. — 13 Mars 1895. — 7 FRANCS par An

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

L'ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DES MÉDECINS DE LA SEINE, par le Dr Helme 89
DE L'ANTISEPSIE INTESTINALE, par le Dr Mathieu, médecin des hôpitaux 90
SOCIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES : Société anatomique. Société de dermatologie. Société médico-chirurgicale 92
SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES : Sociétés anglaises. Sociétés allemandes 94
SOCIÉTÉS DE LA PROVINCE XXXVII
BIBLIOGRAPHIE XXXVIII

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

La Faculté de médecine et de pharmacie de Lille a été créée par décret du 12 novembre 1875. Son premier doyen a été nommé par arrêté du 29 juin 1876; un décret du 31 août suivant fixait la nomenclature de ses chaires; le lendemain 1er septembre, des décrets et arrêtés individuels constituaient les cadres de son personnel enseignant; le 3 novembre 1876, la Faculté était entièrement constituée.

La Faculté comprenait primitivement vingt chaires magistrales; mais, ce nombre a été porté à vingt-trois, par la création successive, en 1884, d'une chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en 1889, d'une chaire de matière médicale démembrée de la chaire de thérapeutique et matière médicale alors existante, et en dernier lieu (12 novembre 1894) d'une chaire d'histoire naturelle des parasites.

Sur les 23 chaires, 20 sont actuellement pourvues de titulaires; l'enseignement des trois autres est momentanément donné par 3 agrégés chargés de cours magistraux. Il y a en outre à la Faculté 4 cours complémentaires, et enfin un cours annexe d'accouchements réservé exclusivement aux élèves sages-femmes.

La Faculté comprend normalement 12 agrégés : elle n'en possède actuellement que neuf; mais, les concours d'agrégation qui se poursuivent en ce moment remettront dans le courant de l'année les cadres au complet.

Les professeurs sont secondés par un personnel auxiliaire comprenant 33 fonctionnaires, qui sont : 8 chefs de travaux, 7 chefs de clinique, 1 prosecteur d'anatomie, 1 conservateur du musée, 4 préparateurs, 2 aides d'anatomie, et 10 aides-préparateurs.

La Faculté avait au début comme Ecoles suffragantes les Ecoles préparatoires de Caen, Rouen, Arras et Amiens; les deux premières ont été distraites de sa circonscription par un arrêté du 22 juillet 1878; celle d'Arras a été fermée en 1881, en sorte que les professeurs délégués par la Faculté ne président plus que les examens de l'Ecole préparatoire de médecine d'Amiens.

***

Les services hospitaliers servant à l'enseignement clinique de la Faculté, sont tous installés dans [illegible]ôpitaux de la Charité et Saint-Sauveur, 13 internes et [illegible]ternes sont affectés à ces services, les uns et [illegible]utres nommés au concours. Le jury du concours, présidé par un membre de la Commission administrative des hospices, est formé de professeurs et d'agrégés de la Faculté.

Les étudiants font leur stage, en 2e et 3e années de médecine, dans les cliniques générales entre lesquelles ils sont également répartis, et, en 4e année, dans les cliniques spéciales.

Le nombre des lits dans les différents services de cliniques est donné par le tableau ci-après :

Clinique médicale hôpital Saint-Sauveur.	81 lits.
— — hôpital de la Charité .	56 —
Clinique chirurgicale hôpital St-Sauveur.	65 —
— — hôpital de la Charité.	56 —
Clinique obstétricale.	27 —
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	84 —
Clinique ophthalmologique.	8 —
Clinique médicale des enfants	35 —
Clinique chirurgicale des enfants. . .	

Un certain nombre de lits viennent en outre d'être affectés à l'hôpital Saint-Sauveur, pour la clinique des maladies des voies urinaires.

Un laboratoire des cliniques d'une superficie de 213 mètres carrés est annexé à l'ensemble des différentes cliniques.

***

Le nombre des étudiants de la Faculté, qui n'était que de 240 la 1re année (année scolaire (1876-1877), atteignait déjà 400 pendant l'année scolaire 1880-1881, passait à 467 en 1886-1887; il est actuellement de 558, dont 424 étudiants en médecine et 134 étudiants en pharmacie.

***

L'ensemble des différentes rétributions scolaires a produit l'année dernière à la Faculté la somme de 186.490 francs.

***

Les chiffres suivants permettent de se rendre compte du mouvement scolaire de la Faculté; ils sont empruntés au rapport du doyen sur la situation et les travaux de la Faculté pendant l'année scolaire 1893-94.

Pendant cette année, la Faculté a conféré 46 titres de docteur en médecine, 11 d'officier de santé, 14 de pharmacien de 1re classe, 15 de pharmacien de 2e classe, 23 certificats de sage-femme de 1re classe, 3 de sage-femme de 2e classe, 3 certificats d'herboriste de 1re classe.

Elle a fait passer 1099 examens, soit 901 admissions et 198 ajournements. La médecine entre pour 805 élèves, sur lesquels 653 ont été admis et 152 ajournés; ce qui fait pour l'ajournement une proportion de 19 pour 100.

***

Un membre généreux du corps médical, M. le Dr Philippart de Roubaix, a récemment fait don à la Faculté d'une somme de 100.000 francs, dont les intérêts serviront à venir en aide à des étudiants pauvres.

Il a légué en outre sa bibliothèque médicale et ses instruments de chirurgie évalués ensemble à 10.000 francs.

ENSEIGNEMENT DE LA FACULTÉ

Doyen : de Lapersonne. — *Assesseur* : Castiaux.

PROFESSEURS

MM. Wannebrouck, Lemoine, Folet, Dubar, Gaulard, Leloir, de Lapersonne, Leroy, Baudry, Combemale, Debierre, Wertheimer, Castiaux, Lescœur, Lambling, Doumer, Monier, Barrois, Lotar, Morelle.

AGRÉGÉS

MM. Thibault, Phocas, Curtis, Laguesse, Surmont, Carlier, Bédart, Castex, Bayrac.

CHEFS DE TRAVAUX PRATIQUES

MM. Carpentier, Fockeu, Bédard, Curtis, Bayrac, Castex.

CHEFS DE CLINIQUE

MM. Delezenne, Patoir, Colle, Bué, Dutilleul,.....

Chaires magistrales

PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	Debierre.
Physiologie.	Wertheimer.
Physique.	Doumer.
Chimie médicale	Lescœur.
Toxicologie.	
Chimie organique.	Lambling.
Histoire naturelle.	Moniez.
Parasitologie.	Barrois.
Pathologie interne et expérimentale.	Leroy.
Pathologie externe.	Baudry.
Pharmacologie	Lotar.
Thérapeutique	Combemale.
Matière médicale.	Morelle.
Médecine légale	Castiaux.
Clinique médicale.	Wannebrouck.
	Lemoine.
Clinique chirurgicale.	Folet.
	Dubar.
Clinique obstétricale.	Gaulard.
Clinique ophtalmologique.	De Lapersonne.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Leloir.

CHARGÉS DE COURS

Histologie	Laguesse.
Anatomie pathologique.	Curtis.
Hygiène.	Surmont.

Cours complémentaires

Clinique médicale infantile	Castelain, ch. de cours.
— chirurgicale.	Phocas, agrégé.
Médecine opératoire.	Carlier, agrégé.

***

Si on compare les chaires magistrales de Lille avec celles de Paris, on voit qu'à Lille : il y a deux chaires de chimie, alors qu'il n'y en a qu'une à Paris; que la chaire d'histoire naturelle est dédoublée, l'une des deux chaires étant réservée à l'enseignement de la parasitologie; de même la chaire de thérapeutique et matière médicale de Paris est dédoublée en une chaire de thérapeutique et

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

VICHY-CÉLESTINS
Dispepsies : Vin de Chassaing. — *Aliment des enfants* : Phosphatines Falières. — *Constipation* : Poudre laxative de Vichy.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE
HAMAMÉLINE-ROYA : *Tonique vasculaire*

une de matière médicale. Cette importance donnée à la chimie, à l'histoire naturelle, à la matière médicale s'explique par ce fait que la Faculté de Lille est une Faculté mixte, dans laquelle se donne l'enseignement de la pharmacie, concurremment avec celui de la médecine.

Comme on peut le voir, grâce aux cours annexes de médecine opératoire, de cliniques médicale et chirurgicale des enfants, cette dernière comprenant l'orthopédie, grâce à la clinique des voies urinaires, récemment installée, grâce au service électrothérapique de l'hôpital Saint-Sauveur, l'enseignement de la Faculté est très complet. On ne peut que regretter que ni la gynécologie, ni les maladies des oreilles, du nez et du larynx, y soient enseignées, comme à Paris du reste.

NOUVELLES

LE PROCHAIN CONGRÈS DE MOSCOU

L'organisation du dernier Congrès de Rome a soulevé bien des critiques ; aussi, les médecins russes organisateurs du Congrès international de Moscou s'efforcent-ils de ne pas encourir les mêmes reproches.

Un des principaux griefs formulés contre le Congrès de Rome, c'est que, grâce à la multiplicité des langues en lesquelles se faisaient les rapports, un grand nombre d'assistants se trouvaient dans l'impossibilité de comprendre et tout l'avantage des communications verbales était ainsi perdu. On fait actuellement en Russie une propagande en faveur de l'unification des langues. M. Kartschaguine engage les médecins de tous les pays à accepter le français, langue la plus répandue sur le continent européen, comme langue unique pour tous les futurs Congrès internationaux de médecine.

De son côté, M. Idelson propose au Comité d'organisation du Congrès de Moscou un projet dont la réalisation justifierait le renom d'hospitalité légendaire dont jouit à juste titre, le peuple russe. L'auteur propose que quelques centaines de jeunes gens russes (médecins, étudiants en médecine et autres personnes instruites) s'organisent en une sorte de Comité de guides bénévoles destinés à rendre aux étrangers, venus au Congrès, le séjour dans l'ancienne capitale russe à tous les points de vue aussi agréable qu'utile. Ces jeunes gens devront savoir les langues étrangères et être bien au courant de toutes les particularités de la ville historique de Moscou pouvant intéresser les invités.

Pour que ces guides bénévoles puissent remplir leur rôle d'une façon efficace et se rendent réellement utiles aux membres du Congrès venus de l'étranger, l'auteur propose au Comité organisateur d'instituer, à cet effet, une série de conférences où l'on indiquerait aux futurs guides le programme à suivre et le rôle qu'ils auraient à remplir.

Grâce à cette organisation, la réception officielle, en masse, de tous les membres du Congrès par le Comité serait remplacée par une réception particulière de chaque membre par un des guides, comme cela se pratique dans la vie privée.

M. Idelson est convaincu que son projet aura des conséquences beaucoup plus larges que cela ne paraît au premier abord ; l'exemple donné par la Russie pourra ensuite être suivi par les autres pays où des Congrès scientifiques internationaux auront lieu ; d'autre part, cette organisation suscitera une noble émulation, une concurrence au point de vue de l'hospitalité.

M. Idelson demande qu'en outre, on fasse imprimer des guides du Congrès qui seront également d'une grande utilité. Cette mesure, ainsi que d'autres qu'il se propose de publier prochainement, contribueront, pense-t-il, à ce que le XII[e] Congrès acquière dans l'histoire le titre de « Congrès des grandes Réponses aux grandes Questions » et ouvrira une « ère nouvelle, l'ère d'organisation de la Science, d'organisation d'un Corps médical international, d'organisation du Travail médical universel pour le bonheur et le bien-être de l'humanité ».

Pour notre part, nous ne pouvons qu'applaudir à l'idée de M. Idelson qui nous semble excellente et d'une grande simplicité et en même temps d'une grande utilité pour le succès du Congrès. D'autant plus que les membres organisateurs du XII[e] Congrès préparent de superbes fêtes et réceptions. E. DE B.

Médecine militaire.

Une décision ministérielle du 17 janvier 1895, apporte une modification à l'équipement des médecins militaires ; désormais, les médecins militaires ne porteront plus l'épée, mais le sabre avec dragonne. Cette modification pourra peut-être être considérée comme une chose insignifiante par ceux qui ne se doutent pas de l'importance que prennent, dans l'armée, les moindres questions de tenue ; elle en a cependant une réelle.

A défaut d'autres avantages, cette mesure a celui de rapprocher avec équité, les officiers du corps de santé des officiers combattants. A ce sujet, nos confrères militaires se demandent s'il ne conviendrait pas de saisir cette occasion du changement de la tenue pour décider que les médecins doivent tirer leur épée comme les officiers, dans les revues et défilés, et surtout lorsqu'ils commandent les formations sanitaires. Ce serait là un corollaire logique, dit le *Progrès militaire*, de la décision nouvelle.

De notre côté, serait-il téméraire de notre part, de voir dans cette mesure, le premier pas dans la voie de justice qui donnera à nos médecins militaires, une situation dans l'armée, analogue à celle des officiers, situation qu'ils ont, d'ailleurs, dans toutes les armées européennes, l'armée française exceptée. R.

Académie de Médecine.

COMMISSION DES PRIX POUR 1895.

Il est procédé aux élections des membres des Commissions de Prix pour 1895, qui sont composées comme suit :

Prix de l'Académie. — MM. Marey, d'Arsonval, François-Franck.
Prix Alvarenga. — MM. Marc Sée, Hayem, Hanriot.
Prix Barbier. — MM. Le Roy de Méricourt, Besnier, Weber.
Prix Buignet. — MM. Riche, Schützenberger, Moissan.
Prix Bourceret. — MM. Nocard, Nicaise, Malassez.
Prix Buisson. — MM Magitot, Trasbot, Laveran.
Prix Capuron. — MM. Tarnier, Budin, Porak.
Prix Civrieux. — MM. Mesnet, Magnan, Motet.
Prix Chevillon. — MM. Guéniot, Potain, Perier.
Prix Daudet. — MM. Hérard, Worms, Landouzy.
Prix Desportes. — MM. C. Paul, Dumontpallier, Blanchard.
Prix Godard. — MM. Verneuil, Chauvel, Berger.
Prix Huguier. — MM. Hervieux, Péan, Le Dentu.
Prix Hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau, Cadet de Gassicourt, Charpentier.
Prix Laborie. — MM. Rochard, Lannelongue, Lucas-Championnière.
Prix Laënnec. — MM. Laboulbène, Lancereaux, Straus.
Prix Laval. — MM. Brouardel, Dieulafoy, Pinard.
Prix Louis. — MM. Chatin Johannès, Debove, Hallopeau.
Prix Mège. — MM. Jaccoud, Bucquoy, Duguet.
Prix Meynot. — MM. Panas, Gariel, Javal.
Prix Monbinne. — MM. Tillaux, Bouchard, Mégnin.
Prix Nativelle. — MM. Planchon, Jungfleisch, Prunier.
Prix Perron. — MM. Polaillon, Marty, Robin.
Prix Portal. — MM. Leblanc, Cornil, Grancher.
Prix Pourat. — MM. Duval, Laborde, Chauveau.
Prix Ricord. — MM. Fournier, Colin Léon, Duplay.
Prix Vernois. — MM. Proust, Vallin, Lereboullet.

SOCIÉTÉS SAVANTES DE PROVINCE

A Lyon, tout comme à Paris, on discute sur le **bouton de Murphy**, ou du moins, on a commencé à en parler, à juger par la récente communication de **Villard** à la *Société des sciences médicales de Lyon* sur un cas de hernie gangrenée, traitée par la résection suivie d'anastomose, au moyen du bouton de Murphy. La malade était entrée à l'hôpital pour une hernie crurale étranglée depuis cinq jours et avec un état général grave. A l'ouverture du sac on trouva une anse en imminence de perforation. On réséqua l'anse gangrenée et on fit la suture avec le bouton anastomotique.

Les suites opératoires furent très simples. Le soir il y avait des émissions, par l'anus, de gaz et de vents et le lendemain de matières fécales. Au dixième jour, on constata quelques symptômes légers d'obstruction intestinale ; on administra un purgatif huileux et, quatre jours après, la malade expulsait sans accident le bouton. Elle est actuellement guérie, trois semaines après l'opération. Ce mode opératoire a permis la résection intestinale, qui eût été impossible avec la suture intestinale ordinaire, à cause du choc considérable qui en serait résulté et le chirurgien aurait été obligé de faire un anus contre nature.

Même succès avec le bouton de Murphy dans un autre cas où Villard fit la gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. Le malade rendit également le bouton, et la guérison est certaine. Dans les deux cas, l'opération n'a pas duré plus d'un quart d'heure. On voit par conséquent, dit Villard, quel progrès se trouve réalisé par le bouton de Murphy, surtout quand on songe que la suture exige des connaissances spéciales, demande beaucoup de temps, etc., etc. L'apologie du bouton de Murphy, fut ensuite reprise par **Vallas** qui a insisté sur ses avantages dans le traitement des hernies gangrenées. Dans ces cas, faire la suture chez des malades épuisés, incapables de supporter une intervention de longue durée, est peut-être hasardé ; mais, d'un autre côté, l'anus contre nature est bien ennuyeux, ennuyeux par lui-même et par les opérations ultérieures si on veut le faire disparaître. Avec le bouton de Murphy plus d'hésitation : on peut faire vite et bien, toute l'opération, résection et anastomose, ne demandant pas plus de quinze à vingt minutes.

En l'absence de M. Chaput, qui n'aurait pas manqué de mettre un frein à l'enthousiasme des partisans du bouton, on nous permettra de citer les expériences que **Marwedel** a récemment communiquées à la Société médicale de Heidelberg. Sur huit chiens auxquels il avait fait une vingtaine d'anastomoses, intestin à intestin, vésicule biliaire à intestin, estomac à intestin, etc., ave et sans résection, cinq ont succombé. Dans ces cinq cas, la mort était produite trois fois par le lâchage du bouton. De plus, deux fois le bouton ne fut pas rendu : une fois parce qu'insuffisamment serré, il n'amena pas la gangrène des parties étreintes, une fois parce qu'il tomba dans un diverticule.

Tout n'est donc pas rose dans le bouton de Murphy et la querelle entre l'expérimentation, dans la personne de M. Chaput, et la clinique, dans la personne de M. Quénu, n'est pas près d'être terminée de si tôt.

Toujours à propos de la chirurgie abdominale, il nous semble intéressant de reproduire ici une observation très curieuse de **torsion de l'S iliaque**, relatée au cours de la séance, par **Adenot**. Cette observation, curieuse par l'hypertrophie colossale de l'intestin et les péripéties de l'opération, se rapporte à un point encore fort obscur de la chirurgie abdominale.

Il s'agit d'un homme qui, depuis plusieurs années, souffrait de troubles digestifs caractérisés par des phénomènes dyspeptiques accompagnés d'alternatives de débâcle et de constipation. Soigné depuis très longtemps pour ses malaises, il les voyait augmenter depuis plusieurs mois. Enfin, depuis cinq jours, l'occlusion s'était complétée, et il se présentait avec des signes d'occlusion aiguë. Son état était très grave, et faisait craindre une mort pendant l'anesthésie.

L'opération fut laborieuse. Après l'ouverture de la cavité abdominale par une incision allant du pubis à l'appendice xiphoïde, on put *énucléer* de la cavité abdominale une anse du gros intestin qu'on ne reconnut pas tout d'abord pour une portion de l'S iliaque. Cette anse, immense, présentait les dimensions du côlon dans sa totalité ; elle était tordue sur elle-même et son pédicule de torsion siégeait au niveau de l'origine du rectum. Il s'agissait d'une anse sigmoïdale, de dimension inusitée et qui, développée dans tout l'abdomen, se superposait pour ainsi dire au côlon. L'anse fut facilement détordue et, par pression, une quantité énorme évaluée de 15 à 20 litres de liquides et de gaz, fut expulsée par l'anus. La circonférence de l'intestin (et je ne veux pas dire la longueur de l'anse) mesurait alors 45 centimètres environ. Le malade, qui présentait du refroidissement des extrémités au moment de l'opération, mourut dans la nuit suivante.

A l'autopsie on reconnut que le cours des matières était parfaitement rétabli. L'anse sigmoïde, aplatie et rétractée, mesurait encore cependant des dimensions énormes. Le pourtour, mesuré sans traction capable de l'allonger, était d'environ 1 m. 30 cent. Le diamètre de l'intestin, aplati et vide, était d'environ 12 à 14 centimètres. Distendue, l'anse pouvait mesurer sur le vivant au moins 2 mètres.

Comme nous venons de le dire, cette observation est intéressante. Ces hypertrophies du gros intestin, souvent d'origine congénitale avec étranglement ont, depuis quelques temps attiré l'attention des chirurgiens pour lesquels, comme pour Adenot, cette hypertrophie était toujours une surprise. Il y a donc là une inconnue qu'il aurait été intéressant d'élucider.

* * *

A la *Société de médecine de Lyon*, **Lépine** a attiré l'attention sur un phénomène fort curieux qu'il a observé dans deux cas d'**arthropathie tabétique** : c'est la production à une certaine distance d'une articulation, d'une collection liquide faisant songer au premier abord à la présence d'un abcès froid et qui, par la suite, fut simplement reconnue pour de la synovie collectée.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme entré il y a a quatre mois dans le service pour une tumeur fluctuante assez volumineuse, siégeant à la partie moyenne et externe de la cuisse et ayant tous les caractères d'un abcès froid. La tumeur fut incisée et, au lieu de pus, on eut un liquide clair, filant, ressemblant nettement au liquide synovial. On s'aperçut bientôt que ce malade avait une arthrite coxo-fémorale ; il avait une articulation de polichinelle et le membre présentait un raccourcissement de 2 centimètres, dû soit à l'usure de la tête fémorale, soit à l'agrandissement de la cavité cotyloïde. Ce malade, syphilitique, présentait tous les signes du tabes dorsalis.

Le deuxième malade, syphilitique et tabétique, a présenté dans l'aine une collection qui, ouverte, a donné un liquide clair et filant analogue à de la synovie. Ce malade présentait une laxité anormale de la hanche.

Chez ces deux malades la lésion prédominante, pour ne pas dire unique, a donc été la présence d'une tumeur soit à la cuisse soit dans l'aine ; ce n'est que secondairement que l'on s'est aperçu des lésions articulaires.

Quant à l'origine de ces épanchements, Lépine croit qu'il y a eu, dans les deux cas, production exagérée de synovie. La synoviale trop distendue, s'est fissurée et a permis ainsi l'épanchement du liquide soit dans la cuisse soit dans l'aine et à une distance assez grande de l'articulation. A **Arloing** qui a demandé si la collection communiquait avec l'articulation et s'il y avait rupture de la synoviale, **Lépine** a répondu que les communications entre la poche liquide et l'articulation n'a pas été constatée, mais qu'il y a certainement dû avoir rupture de la synoviale à cause de sa trop grande distension. Ce qu'il y aurait d'étonnant, dans ces deux cas, c'est que le liquide ne soit pas résorbé.

Nous signalerons enfin l'observation de **Curtillet** relative à un cas d'**ostéomyélite bipolaire du tibia**, guérie par l'intervention radicale, sorte d'évidement préconisée par Karewski (de Berlin) comme traitement général des ostéomyélites aiguës.

Il s'agit d'un homme qui était arrivé dans le service avec une ostéomyélite bipolaire du tibia, datant de deux mois. On fit une trépanation à la partie inférieure du tibia et à la partie supérieure. Il y eut issue de pus par les deux brèches osseuses. On songea alors à pratiquer un volet ostéo-cutané qui permit de nettoyer la cavité médullaire. A cet effet on fit une incision longitudinale parallèle à l'axe de l'os, et, à chaque extrémité, une incision perpendiculaire à la première. Ces incisions intéressaient tous les téguments et le périoste ; puis, avec la gouge et le maillet, on fit des incisions analogues sur l'os, de façon à soulever un volet osseux qui permit le nettoyage complet de la cavité médullaire et l'ablation d'un petit séquestre. On fit ensuite une suture immédiate de tout le volet osseux et tégumentaire, laissant seulement un drain à chaque extrémité de la cavité médullaire.

L'état du malade, grave à l'entrée, avec forte élévation de la température, s'amenda rapidement et plus aucun phénomène aigu n'apparut. Ce malade, qui a conservé un peu d'hyperostose du tibia, n'a plus aucun point douloureux et marche facilement.

*
* *

Nous avons également à noter une série de communications assez intéressantes à la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*.

Commençons par le traitement des **môles hydatiformes**, soulevé par **Courtin** à l'occasion d'un cas qu'il a observé chez une femme de vingt-quatre ans enceinte de deux mois environ. L'expulsion de la tumeur se fit sans accidents et la malade guérit avec quelques soins d'antisepsie vaginale. Laissant de côté la question diagnostic, Courtin a insisté sur le côté thérapeutique, en demandant si, en pareils cas, il n'y a pas de graves dangers d'infection et quelle est la conduite à tenir : faut-il faire le curettage intra-utérin, faut-il laisser les choses se terminer spontanément ? Cette question fut résolue au sens de l'abstention par tous ceux qui intervinrent dans la discussion. Pour **Rivière** il faut tenir compte avant tout de l'âge de la grossesse. Quand la grossesse est peu avancée, de deux à trois mois par exemple, l'expulsion se fait bien et complètement sans aucune intervention ; quand elle est plus ancienne, la paroi de l'utérus est pénétrée par les môles jusqu'à la séreuse péritonéale, et les vésicules myxomateuses restent emprisonnées dans les mailles du tissu utérin ; alors l'élimination se fait mal. Dans tous les cas d'ailleurs, même dans les grossesses avancées, il faut d'après Rivière attendre les accidents infectieux avant d'intervenir par le curettage. C'est aussi et d'une façon encore plus formelle, l'avis de **Lugeol** qui pense qu'il ne faut songer au curettage que dans les cas d'extrême gravité, l'intervention chirurgicale étant en elle-même, dans ces conditions, très dangereuse. Lorsque la grossesse est avancée, l'utérus est aminci ; les vésicules hydatiformes vont jusqu'au péritoine et le curettage risque d'occasionner une perforation. D'un autre côté, dans les cas où la grossesse est peu avancée, l'intervention chirurgicale est toujours inutile. **Rivière** s'est rattaché du reste à cette façon de voir après que **Chabrely** a cité quatre cas de môles énormes où les malades guérirent sans aucune intervention.

Une autre communication de **Courtin** sur un cas de **stomatite mercurielle** met en évidence l'importance pratique de la recherche du bacille de Löffler dans la bouche des individus bien portants ou du moins non atteints de diphtérie.

Dans le cas en question il s'agit d'une jeune femme qui, quelques jours après son accouchement, présenta des accidents infectieux insignifiants pour lesquels on jugea utile de faire des applications d'onguent mercuriel sur le ventre. Il y eut dans la suite éruption hydrargyrique avec stomatite et amygdalite pseudo-membraneuse. Pour acquit de conscience on fait l'ensemencement sur un tube de sérum, et on conseille des gargarismes boriqués, du chlorate de potasse, etc., ne jugeant pas utile de faire de la sérothérapie. La malade guérit en quarante-huit heures juste au moment où arriva le diagnostic bactériologique de diphtérie.

S'agissait-il là de bacilles pseudo-diphtériques ou de bacilles virulents ? Courtin ne saurait le dire ; en tous les cas, l'observation montre, d'après lui, que l'examen clinique reste encore le critérium dans certains cas. Si dit-il, l'injection de sérum avait été pratiquée, on était en droit, l'examen bactériologique en main, d'invoquer un succès. Donc, mettons-nous en garde contre l'enthousiasme bien naturel pour une méthode thérapeutique qu'il faut réserver pour les seuls cas de diphtérie cliniquement et bactériologiquement avérés,

On sait que les tumeurs dermoïdes relèvent d'un vice de développement et sont d'origine congénitale. Le traumatisme peut-il jouer le même rôle ? Cela semble probable, à en juger du moins par l'observation un peu trop résumée de **kyste dermoïde traumatique**, communiquée par **W. Dubreuilh**.

Il s'agit d'une jeune femme, qui à la suite d'une chute sur l'arcade sourcilière droite, vit survenir dans cette région une tumeur du volume d'une noisette. Il s'est établi une fistule par laquelle sont sortis des poils. L'ouverture du sac ou de la petite tumeur a été pratiquée et l'on a vu qu'elle contenait un morceau de peau garnie de poils. Ce morceau mesurait un centimètre de longueur et un peu moins de largeur et avait tout à fait l'aspect d'un lambeau de la région sourcilière.

En somme, sous l'influence de ce traumatisme, il s'est fait une inclusion de peau qui a donné lieu à un abcès fistuleux, variété toute particulière du kyste dermoïde.

Citons également l'observation de **kélotomie avec orchidopexie** pour hernie inguinale gauche d'origine congénitale, rapportée par **Courtin**. Il s'agit d'un garçon de dix-neuf ans atteint depuis sa naissance d'une hernie inguinale gauche et entré à l'hôpital pour des accidents d'étranglement datant de quelques jours. L'examen montre la présence d'une grave hernie inguinale très dure mais sonore avec testicule occupant la face antérieure et externe de la tumeur. Dans ces conditions, la kélotomie était tout indiquée.

Le sac, entr'ouvert, laissa échapper une notable quantité de liquide citrin, une anse d'intestin grêle apparut rouge sombre, œdématiée, sans aucune trace de gangrène. On débrida l'anneau, et l'intestin rentra sans difficulté dans la cavité abdominale. Après avoir fait la cure radicale, on réséqua le sac en partie, en ayant soin d'en conserver une étendue suffisante pour faire une vaginale au testicule, puis on essaya d'attirer cet organe afin de le fixer sur le plancher scrotal. A ce moment on éprouva des difficultés considérables, le cordon était replié sur lui-même, formant des zigzags, et au niveau des coudures il y avait un tissu conjonctif, épaissi, scléreux, dont la dissection était fort difficile. On put cependant, après une dissection minutieuse et longue, abaisser le testicule de 3 centimètres et on enveloppa l'organe du reste du sac afin de lui créer une vaginale et on le fixa par trois points de suture au catgut sur le plancher scrotal.

Le malade a été revu un mois et demi après. On constata à ce moment que le testicule avait repris sa position primitive, au niveau de l'anneau inguinal externe, que le scrotum était attiré en haut et légèrement ombiliqué ; en un mot, que l'organe avait repris son ancien domicile, apportant une certaine gêne et quelques douleurs pendant le travail.

Pour terminer cette courte revue, donnons, d'après **Regis** les caractères de la **paralysie générale chez les adolescents**, dont il a eu l'occasion d'observer un cas et dont il n'existe, dans la littérature, qu'une trentaine d'observations.

D'après Regis, la paralysie générale des adolescents serait plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Elle se déclare entre treize et seize ans, au moment de la puberté. Aussi est-elle plus précoce chez la fillette. Il n'y a que peu ou point de puberté chez les sujets atteints. Les fonctions génitales subissent un arrêt de développement. L'organisme tout entier est lui aussi frappé d'arrêt de croissance.

Chez les enfants la paralysie générale affecte la forme démente. Sur les 30 cas signalés, 2 cas seulement ont eu le type délirant. La durée de la maladie est de trois à sept ans. L'étiologie est intéressante, car on ne peut guère invoquer que la syphilis. Sur 12 cas, un seul enfant n'avait pas d'antécédents syphilitiques. R. R.

BIBLIOGRAPHIE

N. Gréhant. — *Les gaz du sang*, 1 volume de l'*Encyclopédie Léauté*. (Masson et G. Villars, éditeurs).

Depuis un grand nombre d'années, M. Gréhant poursuit d'intéressantes recherches sur les gaz du sang : il a doté la science d'un certain nombre de procédés nouveaux qu'il décrit dans la première partie de ce livre. Cette étude technique s'adresse surtout aux personnes qui travaillent dans les laboratoires ; la seconde partie a un intérêt plus général : l'auteur y expose, avec sa clarté habituelle, les résultats pratiques qui sont applicables à l'hygiène ; il envisage surtout l'action toxique de l'oxyde de carbone, et les moyens de combattre les accidents provoqués par ce gaz ; c'est aux tractions rythmées de la langue, d'après le procédé de Laborde, que l'auteur donne la préférence. Parmi les faits intéressants signalés par M. Gréhant, nous devons surtout citer ceux qui ont trait aux lois de l'absorption de l'oxyde de carbone par le sang : des chiens qui respirent ce gaz, en absorbent des volumes proportionnels à ceux qui existent dans l'air ; c'est du moins ce qui a lieu pendant la première demi-heure ; mais si on continue l'expérience, il arrivera un moment où la quantité d'oxyde de carbone n'augmentera plus ; ainsi, si l'air contient 1/1000 de ce gaz, en deux heures le sang arrive à saturation et en renferme 9cc pour 100 ; si l'air en contient 1/5000e, il faut une heure et demie pour arriver au chiffre de 4cc 9 pour 100, qui ne sera plus dépassé ; s'il en contient 1/10000e ce sera après deux heures qu'on arrivera au coefficient de 3cc 15. On voit l'intérêt de ces résultats qui expliquent l'intensité d'action des mélanges délétères et donnent un moyen de doser la quantité d'oxyde de carbone contenue dans l'air, d'après la quantité fixée par le sang. Mais, comme il n'est pas pratique de recourir à un animal vivant, M. Gréhant indique un procédé où l'emploi du sang défibriné permet de faire des dosages plus simples.

Dans les derniers chapitres de son livre, M. Gréhant a appliqué les méthodes qu'il a inventées à l'étude des produits de combustion du brasero et du gaz à éclairage ; il a employé notamment le bec Auer qui ne donnerait que des proportions d'oxyde de carbone tout à fait négligeables, 1/36000 au maximum. Voici un résultat intéressant, aujourd'hui que ce mode d'éclairage est tellement répandu.

On voit par cette courte analyse que le livre de M. Gréhant est, avant tout, une œuvre personnelle, basée sur des recherches expérimentales nombreuses ; il est également utile au physiologiste et à ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent aux questions d'hygiène. H. R.

Paul Simon, professeur à la Faculté de Nancy. — *Manuel de percussion et d'auscultation*. (In-18) Félix Alcan, 1895).

Après MM. Barth et Roger, Faisans, et Coiffier, l'auteur nous donne un manuel de percussion et d'auscultation. Il traite ce sujet en clinicien consommé, et comme il le dit fort bien lui-même, l'étudiant y trouvera une classification rationnelle des phénomènes physiques qui se rapportent à chacune de ces deux méthodes d'exploration, ainsi qu'un essai d'interprétation de certains faits encore mal connus, basés sur les lois de l'acoustique, sur l'anatomie pathologique et sur l'expérimentation.

M. Simon examine successivement les poumons, le larynx et la trachée, le cœur, les vaisseaux, l'abdomen et la tête. Il a réservé un chapitre à part à l'auscultation obstétricale et à ses applications cliniques, chapitre qui commande à lui seul la lecture de cet ouvrage et le rend d'une grande utilité pour tous les étudiants en médecine. B. de G.

Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — *Leçons de clinique chirurgicale*, tome neuvième : années 1889 et 1890.

Ce neuvième volume de leçons de clinique chirurgicale est divisé, comme les précédents, en trois parties :

La première comprend dix leçons qui ont trait aux rétrécissements du pharynx, au pincement des grosses artères anévrysmatiques, aux tumeurs de l'urèthre chez la femme, aux kystes thyro-hyoïdiens, aux tumeurs multiples des maxillaires, au cancer simultané du squelette et des parties molles de la face, ainsi qu'aux maladies chirurgicales des dents. Ces leçons sont riches en documents originaux et montrent le bénéfice que l'auteur a tiré de ses diverses méthodes opératoires.

La deuxième partie contient les observations de tous les malades qui ont été traités dans son service à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1889 et 1890. Ces observations sont au nombre de 2,200. Plus de mille malades ont été opérés. Le nombre des morts, imputables à l'intervention chirurgicale est de 7, résultat d'autant plus encourageant qu'il est meilleur encore que celui des années précédentes.

La troisième partie renferme, sous forme de tableaux, toutes les observations de gastrotomie qu'il a pratiquées pendant les années 1890 et 1891 pour l'ablation des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Elles forment la neuvième série des opérations de ce genre qu'il a faites depuis 1864 jusqu'au 1er janvier 1892 et dont le total s'élevait à 2,100 à cette date.

Les 585 nouvelles opérations de gastrotomie contenues dans ce neuvième volume se répartissent ainsi :

128 tumeurs liquides et solides des trompes, des ovaires et des ligaments larges, dont 105 opérées par la voie abdominale, 22 opérées par la voie vaginale, 1 opérée par les deux voies combinées ; 154 tumeurs fibreuses du corps de l'utérus, dont 50 opérées par la voie abdominale et 104 opérées par la voie vaginale ; 221 tumeurs de l'utérus, suppurations, inversions, hypertrophies, kystes, sarcomes et épithéliomes, opérées par la voie vaginale ; 2 grossesses extra-utérines ; 8 tumeurs du mésentère ; 11 du péritoine ; 7 du bassin ; 8 de l'estomac ; 13 de l'intestin ; 13 du foie et de la vésicule biliaire ; 9 du rein ; 9 de la vessie et de la prostate ; 2 de la paroi abdominale.

L'ensemble de ces diverses opérations n'a donné à l'auteur que 27 insuccès.

La lecture de ces tableaux permettra de se rendre compte des perfectionnements que l'auteur a apportés au traitement chirurgical des tumeurs de l'abdomen et du bassin et plus particulièrement de celles de l'utérus et de ses annexes.

Presque tous les faits contenus dans ce volume ont été recueillis sous sa direction par ses internes. Leur publication a exigé un labeur et des dépenses considérables. Si on les ajoute à ceux qui ont été décrits dans les huit précédents volumes et à ceux du tome X, qui va bientôt paraître, on se rendra compte de la valeur de ce monument scientifique.

Cette collection est la seule qui permettra désormais de comparer les progrès accomplis en chirurgie pendant un quart de siècle dans l'un des plus grands hôpitaux de Paris avec ceux qui se réaliseront dans les siècles suivants.

Il faut, en effet, pour qu'une telle comparaison soit possible, que tous les faits d'un même service soient publiés indistinctement et avec tous les détails nécessaires.

L'auteur n'a donc pas eu seulement en vue de vulgariser ses méthodes opératoires ; il a tenu à prouver que les chirurgiens français sont plus que jamais disposés à payer leur tribut à la science et à marcher courageusement dans la voie du progrès.

Peltier (Madame P.). — *La méthode de Thure-Brandt* et son application au traitement des maladies des femmes. Broch. in-8°, de 144 pages (L. Battaille et Cie, éditeurs).

C. Fournier, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens. — *Manuel complet des sages-femmes*. I. *Anatomie, physiologie et pathologie élémentaires* (1 vol. in-18, de 300 pages, avec 104 figures, cartonné, 3 fr. J.-B. Baillière et fils, éditeur).

VIN GIRARD

Iodo-tannique phosphaté
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
MALADIES de POITRINE

VIN GIRARD
Iodo-tannique phosphaté
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
MALADIES de POITRINE

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

STATION CLIMATERIQUE
DE VERNET-LES-BAINS
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)

SANATORIUM DU CANIGOU
Pour les maladies de poitrine
Dirigé par le Dr CH. SABOURIN
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES-TUBERCULOSE
CAPSULES COGNET
TOUTES PHARMACIES EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ. PARIS 43, R SAINTONGE

Société Française de Produits Pharmaceutiques

PRODUITS CHIMIQUES PURS — PRODUITS PHARMACEUTIQUES SCRUPULEUSEMENT PRÉPARÉS

ADRIAN & Cie

9 et 11, rue de la Perle — PARIS — Usine à COURBEVOIE

SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES PRÉPARÉES DANS LES LABORATOIRES
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN & Cie.

Anémie, Chlorose, Épuisement
AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL
Hémoglobine Soluble
de V. DESCHIENS
PRINCIPE FERRUGINEUX NATUREL, RÉPARATEUR DES GLOBULES DU SANG
SIROP — ÉLIXIR — VIN — DRAGÉES

ALIMENTATION des MALADES
et des CONVALESCENTS par les
POUDRE de BIFTECK
ET
Poudre de Viande Adrian
les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

Tuberculose Pulmonaire
PLEURÉSIE D'ORIGINE TUBERCULEUSE
Bronchites aiguës et chroniques
Dilatation des bronches, Bronchorrée.
GAIACOL IODOFORMÉ SÉRAFON
et Gaiacol-Eucalyptol iodoformé Sérafon
EN CAPSULES : pour l'usage interne.
EN SOLUTIONS : pour injections hypodermiques.

AFFECTIONS
du CŒUR et de la RESPIRATION
VIN CARDIAQUE
DU Dr SAISON
Spartéine, Convallamarine et Iodure de Potassium
DOSES : ADULTES : 2 cuillerées à soupe matin et soir. ENFANTS : 2 cuillerées à café matin et soir.

DYSPEPSIES ATONIQUES
Coliques Hépatiques
ET
Néphrétiques
QUASSINE ADRIAN
EXCITE l'APPÉTIT et DÉVELOPPE les FORCES.
DRAGÉES : dosées à 25 mgr Quassine amorphe.
GRANULES : dosés à 2 mgr Quassine cristallisée.

VÉSICATOIRE LIQUIDE
BIDET
Employé dans les Hôpitaux
PROPRETÉ, EFFET CERTAIN
APPLICATION FACILE
Pas d'Accidents cantharidiens

SULFURINE du Dr LANGLEBERT
pour BAIN SULFUREUX SANS ODEUR
Le bain de SULFURINE possède exactement les propriétés thérapeutiques du bain sulfureux ordinaire dit de *barèges*, avec cet avantage que, sans odeur, il peut être pris CHEZ SOI et dans toutes especes de baignoires, sans crainte d'alterer métaux et peintures.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES et GÉNITO-URINAIRES
Le Terpinol Adrian
a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.
Se vend en CAPSULES *de 15 centigrammes, à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.*
PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

BROMURE D'ÉTHYLE
ADRIAN
Spécialement préparé pour pratiquer les accouchements sans douleur
SE VEND EN FLACONS DE 30 GRAMMES FERMÉS A LA LAMPE
(Modèle du chloroforme)

COLIQUES HÉPATIQUES
COLIQUES NÉPHRÉTIQUES
COLIQUES UTÉRINES
Capsules Bruel
D'Ether amyl-valérianique
Spécifique des maladies nerveuses en général. Le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques.

Dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations,
Le CHLOROFORME ADRIAN
Spécialement préparé pour l'anesthésie
est toujours préféré. Pour en garantir la conservation indéfinie, il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe.

Le CONVALLARIA MAÏALIS
LANGLEBERT
en Sirop et Pilules
offre cet immense avantage sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.